

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
9C_151/2010

Arrêt du 11 octobre 2010
Ile Cour de droit social

Composition
MM. les Juges U. Meyer, Président,
Borella et Kernén.
Greffier: M. Cretton.

Participants à la procédure
M._____, représenté par Me Hervé Crausaz, avocat,
recourant,

contre

1. Philos caisse maladie-accident, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
2. Service de la Santé publique du canton de Vaud, rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne,
intimés.

Objet
Assurance-maladie (hospitalisation extra-cantonale),

recours contre le jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 25 novembre 2009.

Faits:

A.

M._____ réside dans le canton de Vaud, est affilié à la fondation «Philos caisse maladie-accident» (ci-après: la caisse) pour l'assurance maladie obligatoire des soins et est régulièrement suivi par le Département de médecine communautaire et de premier recours des Hôpitaux Universitaires de Genève pour les séquelles de différentes pathologies (flutter auriculaire à conduction variable, hypertension artérielle, rhinite allergique, asthme bronchique, arthropathie psoriasique et excès pondéral).

L'apparition d'un état fébrile avec frissons et d'une rougeur au membre inférieur gauche correspondant à une dermohypodermite infectieuse a motivé une hospitalisation du 21 au 29 août 2006 au HUG. Le Service vaudois de la santé publique (ci-après: le SSP) a refusé sa garantie de paiement, dès lors que le traitement était réalisable dans le canton de résidence (décision du 22 août 2006). Le séjour hospitalier a été facturé 12'548 fr. 70. La caisse a annoncé que, liée par la décision du SSP et à défaut d'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation en division semi-privée ou privée d'un hôpital public, elle ne réglerait la facture qu'à concurrence du tarif de la division commune d'un établissement non signataire de la Convention vaudoise d'hospitalisation (décisions des 27 novembre 2006 et 16 février 2007).

B.

Reconnaissant implicitement le caractère urgent de l'hospitalisation, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis le recours interjeté par l'assuré contre la décision de l'assureur maladie qu'il a réformée dans le sens que les frais du séjour hospitalier devaient être remboursés par la caisse au tarif de la division commune de l'hôpital qui avait accueilli l'intéressé (jugement du 8 mai 2008). Sur recours de l'autorité administrative et de l'assureur maladie, le Tribunal fédéral a annulé le jugement pour défaut de motivation (arrêt 9C_507-588/2008 du 6 avril 2009).

Invité à se déterminer, le SSP a conclu à la confirmation de la décision du 22 août 2006. La caisse a rappelé ses précédentes considérations, selon lesquelles sa décision dépendait essentiellement du sort réservé à celle de l'autorité administrative, sans prendre de conclusions. M._____ a confirmé ses conclusions antérieures tendant au remboursement par le SSP et l'assureur maladie de la totalité

des frais relatifs à son hospitalisation au tarif de la division commune.

Admettant qu'il était valablement dirigé contre les décisions de l'autorité administrative (les principes d'économie de procédure et de proportionnalité, ainsi que le défaut de preuve concernant la notification justifiant d'entrer en matière sur cette décision malgré l'absence de procédure d'opposition) et de la caisse, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a partiellement admis le recours (jugement du 25 novembre 2009). Considérant en substance que la condition du cas d'urgence n'était réalisée que pour une durée de 48 heures, elle a réformé les décisions du SSP et de l'assureur maladie en ce sens que le premier devait prendre en charge la différence de coûts causée par le séjour hospitalier extra-cantonal durant la période du 21 au 23 août 2003 et que le second devait rembourser la facture au tarif de l'établissement qui avait accueilli l'assuré pour cette même période et au tarif du canton de résidence pour les jours subséquents.

C.

L'intéressé interjette un recours en matière de droit public contre ce jugement. Il en requiert la réforme ou l'annulation et conclut substantiellement à la prise en charge de la totalité de la différence de coûts par l'autorité administrative et au remboursement de la totalité de la facture par la caisse ou au renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour nouvelle décision au sens des considérants.

L'assureur maladie s'est contenté de renvoyer à ses précédentes écritures. Le SSP a conclu au rejet du recours. L'office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.

Le recours en matière de droit public (art. 82 ss LTF) peut être formé pour violation du droit au sens des art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF), sans être limité par les arguments du recourant, ni par la motivation de l'autorité précédente; il peut donc admettre un recours pour d'autres motifs que ceux invoqués et le rejeter par une argumentation autre que celle de l'autorité précédente (cf. ATF 133 V 515 consid. 1.3 p. 519; 130 III 136 consid. 1.4 p. 140). Il n'examine en principe que les griefs allégués, eu égard à l'exigence de motivation prévue à l'art. 42 al. 2 LTF, et ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF, auquel cas il peut les rectifier ou les compléter d'office (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant ne peut critiquer la constatation des faits importants pour le jugement de la cause que si ceux-ci ont été constatés en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF ou de façon manifestement inexacte et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF).

2.

Le recourant reproche fondamentalement à la juridiction cantonale d'avoir estimé que l'urgence n'avait duré que 48 heures et que, passé ce délai, il aurait pu être transféré vers un hôpital du canton de résidence. Il soutient d'abord que son droit d'être entendu a été violé dans la mesure où il n'a pas été interpellé sur la question de la durée du cas d'urgence, que cette question sort ensuite du cadre fixé par le Tribunal fédéral, qui retournait la cause aux premiers juges pour qu'ils motivent le jugement et non pour qu'ils adoptent une solution défavorable à l'assuré, et que la thèse de l'urgence momentanée relève d'une appréciation arbitraire du dossier médical et constitue une violation du droit fédéral.

3.

Contrairement à ce que soutient le recourant dans ses deux premiers griefs, le jugement entrepris ne viole pas son droit d'être entendu ni ne constitue une reformatio in pejus. L'art. 61 LPGA - qui a repris l'art. 85 al. 2 let. d LAVS, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA, et formalisé la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances concernant le respect du droit d'être entendu dans l'éventualité d'une reformatio in pejus (cf. ATF 122 V 166 consid. 2 p. 167 sv.; arrêt C 259/03 du 13 février 2004 in RJB 140/2004 p. 752 consid. 2) - laisse au droit cantonal le soin de régler la procédure devant le tribunal cantonal des assurances; il précise néanmoins que celui-ci n'est pas lié par les conclusions des parties et qu'il peut par conséquent réformer la décision entreprise au détriment du recourant ou lui accorder plus qu'il n'avait demandé, à condition de donner aux parties la possibilité de s'exprimer ou de retirer le recours (let. d). Le fait pour les premiers juges de n'avoir conféré dans le jugement du 25 novembre 2009 le caractère d'urgence qu'aux premières heures d'hospitalisation avec les conséquences sur la prise en charge et le remboursement des frais que cela entraîne ne contrevient nullement à la disposition

légale mentionnée. A cet égard, on relèvera, d'une part, que les principes régissant la reformatio in pejus ne sont applicables qu'aux décisions litigieuses et non au jugement du 8 mai 2008 qui n'existe

d'ailleurs plus puisqu'il a été entièrement annulé par le Tribunal fédéral et, d'autre part, que la Cour de céans ne saurait avoir entériné la moindre constatation de fait ou considération juridique du jugement annulé dans la mesure où elle a retourné le dossier à la juridiction cantonale au seul motif que la motivation insuffisante, voire inexistante, ne lui permettait pas d'exercer son contrôle. On relèvera également que l'assuré a eu la possibilité d'exprimer son point de vue à de nombreuses reprises et qu'il a alors clairement indiqué que le caractère d'urgence - nié par l'autorité administrative intimée - s'étendait selon lui à toute la période d'hospitalisation. Dans ces circonstances, il n'était pas nécessaire de l'inviter à se déterminer sur une éventuelle solution intermédiaire qui ne constitue de toute façon pas une *reformatio in pejus* de la décision du SSP, ni de celle de la caisse intimée découlant automatiquement de la première.

4.

Conformément à ce que soutient le recourant dans son ultime grief, le jugement attaqué repose effectivement sur une appréciation arbitraire des pièces médicales (sur cette notion, cf. ATF 135 V 2 consid. 1.3 p. 4 sv.; 129 I 8 consid. 2.1 p. 9). En l'occurrence, les premiers juges ont considéré que l'assuré aurait très vraisemblablement pu être transféré dans un hôpital du canton de résidence après 48 heures d'hospitalisation - reconnaissant ainsi que le caractère d'urgence était réalisé pour cette période - dès lors que son état de santé avait favorablement évolué grâce au traitement antibiotique instauré. Leur conclusion repose sur les renseignements produits par les docteurs S. _____, G. _____ et K. _____ dans la requête de garantie de paiement du 21 août 2006, ainsi que les rapports d'hospitalisation du 30 août 2006 et complémentaire du 29 mars 2007. Si l'urgence dure effectivement tant qu'un rapatriement dans le canton de résidence ne peut être exigé (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in: *Soziale Sicherheit*, SBVR, 2e édition, n° 964 p. 724), rien dans les actes mentionnés ni aucun autre figurant au dossier n'établit ni même ne suggère que l'urgence a cessé après 48 heures. Certes, les docteurs G. _____ et K. _____ mentionnent une excellente évolution mais cela ne permet pas de déterminer si et quand l'urgence a concrètement pris fin, d'autant moins que ces considérations ne tiennent pas compte de l'influence de l'infection diagnostiquée sur d'autres affections (flutter auriculaire), comme l'indiquait expressément le docteur G. _____. Le médecin cantonal contresigne également certaines écritures de l'autorité administrative intimée mais n'y fait aucune remarque qui permettrait d'étayer la solution retenue par la juridiction cantonale. Il apparaît dès lors que la conclusion à laquelle sont parvenus les premiers juges constitue une appréciation que, faute d'avis médical abordant clairement ce point, ils ne pouvaient pas substituer à celle des médecins (sur le rôle des ceux-ci en matière d'assurance-invalidité appliqué par analogie à l'assurance maladie cf. ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261). Dans ces circonstances, il convient d'annuler l'acte attaqué en tant qu'il porte sur la période postérieure au 23 août 2006, seule encore litigieuse, et de renvoyer la cause à la juridiction cantonale afin qu'elle complète l'instruction en fonction de ce qui précède et rende un nouveau jugement. Dans leur jugement à venir les premiers juges préciseront mieux les parts respectives à charge de la caisse et du SSP de la facture globale de l'hospitalisation du recourant, celle-ci s'étant déroulée successivement en division semi-privée puis privée et celui-là n'étant pas au bénéfice d'une telle couverture.

5.

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires sont mis à la charge de l'autorité administrative intimée dès lors que la caisse intimée n'a jamais pris de conclusions formelles, se contentant d'indiquer que sa décision dépendait de celle du SSP (art. 66 al. 1 LTF). L'assuré a droit à des dépens à charge de l'autorité administrative intimée pour les mêmes motifs (art. 68 al. 1 et 2 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est admis en ce sens que le jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 25 novembre 2009 en tant qu'il concerne la période postérieure au 23 août 2006 est annulé, la cause lui étant renvoyée afin qu'il complète l'instruction au sens des considérants et rende un nouveau jugement.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge de l'autorité administrative intimée.

3.

L'autorité administrative intimée versera au recourant la somme de 2'800 fr. à titre de dépens pour la dernière instance.

4.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 11 octobre 2010

Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse

Le Président: Le Greffier:

Meyer Cretton